

Data

Nazwisko i imię

Adres zamieszkania

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny osoby bezrobotnej

Wnoszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego od dnia niżej wymienionych członków rodziny:

Lp	Nazwisko (nazwisko rodowe) i imię	Data urodzenia oraz PESEL	Stopień pokre- wieństwa	Adres zamieszkania	Stopień niepełno- sprawności
1.					
2.					
3.					
4.					

Oświadczam, że zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego członkowie rodziny pozostają na moim wyłącznym utrzymaniu, a ponadto krewny wstępny (ojciec, matka, dziadek, babcia) wymieniony w pkt. pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym i nie jest objęty obowiązkiem ubezpieczenia. O wystąpieniu zmian mających wpływ na treść złożonego wniosku i oświadczenia niezwłocznie powiadomię PUP w Kościanie.

.....

Czytelny podpis